

N° 38

DE

L'ADÉNOME DU SEIN

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LES INJECTIONS IODÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Août 1883

Par **Henri LONG**

né à VENTEROL (Drôme)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

« *Loco dolenti.* »

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE. — ÉDITEURS DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚.....	DOYEN
CASTAN.....	} ASSESSEUR
COMBAL ☼	

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doy. Ho.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ☼.
Physique médicale....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATILLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ☼.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	BLAISE.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. BOUISSON, président ;
BOYER, professeur ;
CARRIEU, agrégé ;
MOSSÉ, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Recevez ce faible témoignage de
ma reconnaissance.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LONG

*Je n'oublierai jamais les sacrifices
que vous avez faits pour moi.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

H. LONG.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur BOUISSON

A Monsieur le Docteur ROUSTAN

Professeur Agrégé.

A Monsieur le Docteur VIALETES

A MES PARENTS

A MES AMIS

LES D^{RS} ARNAL, DUBOURD, DERMOND, PEYRONNET,
FOURNIER, GROUSSET

MEIS ET AMICIS

H. LONG.

INTRODUCTION.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes resté longtemps indécis sur le sujet à traiter dans notre Thèse inaugurale ; et ce n'est que la rareté de la lésion, en même temps que son nouveau mode de traitement, qui nous ont décidé à venir présenter à nos Maîtres nos observations personnelles sur *l'adénome du sein et son traitement par les injections iodées*. Si nous ajoutons à cela l'importance que peut avoir un traitement bien dirigé, en évitant à la malade une de ces grandes opérations, toujours dangereuses, nous aurons énuméré toutes les raisons qui nous ont fixé dans notre choix.

La tâche aurait été pour nous difficile, inabordable même, sans les bons conseils de M. le professeur agrégé Roustan. C'est à sa bienveillance que nous sommes redevable d'avoir pu observer nous-même les bons effets du traitement par les injections iodées ; c'est grâce à sa bonne direction que nous avons pu mener à bonne fin notre œuvre. Qu'il nous soit permis de lui en exprimer ici toute notre gratitude.

Nous avons divisé notre travail en deux parties. Dans la première, nous avons défini l'adénome, et, après avoir décrit l'Étiologie et la Symptomatologie, nous en avons fait le Diagnostic différentiel avec les autres tumeurs du sein.

Dans notre seconde partie, la plus importante, nous nous sommes exclusivement occupé du Traitement, et après avoir décrit les diverses méthodes, nous terminons par les Injections iodées.

Notre travail, nous ne l'ignorons pas, contient de nombreuses lacunes, de nombreuses imperfections ; mais la difficulté du sujet, notre inexpérience et notre désir de bien faire, nous sont une garantie d'indulgence que nos Juges, nous l'espérons, voudront bien ne pas nous refuser.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553810_0100

DE

L'ADÉNOME DU SEIN

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LES INJECTIONS IODÉES

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION.

Les moyens d'investigation que possédaient les anciens n'étaient pas assez grands, leurs moyens d'étude suffisants, pour pouvoir porter un diagnostic précis sur les tumeurs. Aussi les ont-ils toutes confondues entre elles sous le nom de cancers. Boyer lui-même, malgré sa grande expérience clinique, ne put échapper à l'influence des opinions régnantes et décrivit sous le nom générique de cancer presque toutes les tumeurs du sein. Il n'ignorait pas que certaines tumeurs offraient un caractère de bénignité qui contraste avec la marche ordinaire du cancer ; mais, cette phase se trouvant aussi au début de l'évolution cancéreuse, il ne voyait dans ce dernier qu'une seconde période de l'évolution générale des tumeurs de la mamelle.

Jadis et presque jusqu'au commencement de ce siècle, on ne connaissait de la tumeur que son aspect, sa configuration extérieure, et, reconnaissant que la forme seule ne peut servir de base à une classification, on ne décrivait que telle ou telle forme. Dès la fin du siècle dernier, un chirurgien

gien distingué autant que savant anatomiste, Abernethy, avait pourtant remarqué l'analogie qui existe entre certaines tumeurs et certaines parties du corps, et c'est ainsi qu'il décrivit un sarcome analogue au pancréas ou à la glande mammaire. Mais toutes ses recherches restèrent sans résultats ; il leur manquait une base, la connaissance approfondie de nos tissus et de leur développement.

La première tentative de classification ne date que du commencement de ce siècle. C'est au chirurgien anglais A. Cooper que revient tout l'honneur d'avoir séparé des véritables tumeurs cancéreuses ces tumeurs à forme lente, siégeant à la superficie et respectant la santé générale, qu'il décrivit sous le nom de *Tumeurs mammaires chroniques*.

Velpeau, puis Cruveilhier, signalèrent quelques années plus tard l'existence de ces tumeurs bénignes, que le premier de ces auteurs étudia et décrivit d'abord sous le nom de *tumeurs fibrineuses*, puis plus tard sous celui de *tumeurs adénoïdes*, mais en ayant toujours en vue la même lésion. Il fit dans cette classification une classe à part pour l'hypertrophie fibro-cellulaire, qu'il considéra comme analogue aux *tumeurs mammaires chroniques*. Il en traça de main de maître leur symptomatologie et leur diagnostic, mais émit sur leur structure des idées absolument fausses en voulant démontrer qu'elles étaient dues à l'organisation d'un liquide épanché dans l'épaisseur de nos tissus, et, trompé par leur isolement et leur énucléation facile, il en nia d'une façon absolue toute connexion avec la glande mammaire. « Je me suis assuré, dit-il, un grand nombre de fois, par la dissection, de l'indépendance complète de ces tumeurs. Il m'est arrivé si fréquemment de les isoler comme un lipome, comme un stéatome, comme un peloton fibreux de l'utérus, et de montrer qu'elles n'étaient unies aux tissus voisins que par simple juxtaposition, par agglutination ou par enchevêtrement des inégalités de leur surface, qu'il ne m'est pas possible d'admettre comme un de leurs caractères essentiels le pédicule glandulaire dont on a parlé. » Velpeau, Art. *Mamelle*, Dict. en 30 vol.

Les recherches histologiques sur les modifications du sang épanché ont surabondamment démontré la fausseté de la première hypothèse, tandis que les recherches microscopiques ont démontré d'une façon indiscutable

l'erreur que fit Velpeau dans la seconde, qui régna cependant longtemps dans la science.

Le Mémoire de Cruveilhier est consacré aux tumeurs bénignes, qu'il appela *corps fibreux*. Il chercha à tort, ce nous semble, à les présenter comme différant essentiellement des *tumeurs mammaires chroniques* de Cooper. Il en établit cliniquement la bénignité, nia absolument la possibilité de leur généralisation, et ne les considéra que comme une lésion purement locale. Il reconnut parfaitement le lien qui rattache ces productions à la glande mammaire, en même temps que leurs différents points de départ. Mais à côté de ces notions exactes, il tomba dans l'erreur en confondant entre elles toutes les variétés et en donnant aux kystes, comme origine, une altération colloïde du tissu de la tumeur.

Ce sont là les travaux qui constituent ce qu'on pourrait appeler la période clinique. Mais quand on eut décrit avec soin toutes les tumeurs, leur forme, leur marche, leurs caractères, on dut chercher à aller plus loin et à trouver de nouveaux moyens d'investigation permettant de connaître la structure même de ces pseudoplasmes.

C'est cette École, qu'ont illustrée les recherches de Schleiden et de Schwann sur la structure des animaux et des végétaux, d'où naquit la théorie cellulaire. Müller ¹ dirigea ses travaux sur les tissus morbides et en arriva à ces conclusions : *que toute tumeur est formée d'un tissu analogue à un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet*, loi qui est aujourd'hui généralement admise et dont la conséquence directe est la négation la plus formelle de la spécificité des cellules pathologiques.

Alors parurent en France les travaux de Lebert dans sa *Physiologie pathologique* (1845) et de son École, représentée par Robin, Broca et Verneuil. Il vinrent jeter un jour nouveau sur cette question et la présenter sous une autre face. Les premiers, ils nous donnèrent une notion précise de l'adénome, et si à Astley Cooper revient le mérite d'avoir connu le premier l'adénome, à Lebert seul revient tout l'honneur d'en avoir donné une description complète et d'en avoir démontré l'origine dans la glande mammaire elle-même.

¹ Sur la structure intime des tumeurs. Berlin, 1838.

Malgré tous ces travaux et ceux de leurs successeurs, en Allemagne : Fœrster, Billroth, Virchow et Meckel ; en France : Cornil et Ranvier, la lumière est cependant loin d'être faite, et une bonne classification répondant à la fois aux notions fournies par l'anatomie pathologique et par l'observation clinique, est encore à faire.

Müller, dont la loi devait servir plus tard, comme nous le verrons, de base à une classification des tumeurs, ne s'en servit pas toujours, et souvent il créa et employa des mots ne rappelant en rien les noms des tissus.

Virchow divise les tumeurs en quatre groupes. Dans le premier, il fait entrer les tumeurs formées aux dépens des éléments du sang, par exemple : les hématomes, les bosses sanguines.

Dans le second, il comprend les tumeurs formées par la rétention de produits de sécrétion et la dilatation de cavités excrétales : kystes, hygromas.

Les tumeurs résultant de la prolifération des éléments des anciens tissus de l'organisme constituent le troisième.

Le quatrième, enfin, comprend les tumeurs mixtes composées de la réunion de plusieurs des tumeurs précédentes.

Comme on le voit, Virchow classe parmi les tumeurs ce qui n'en est pas, et comprend dans sa troisième catégorie la presque totalité des tumeurs.

La classification donnée par Fœrster comprend :

1° Les tumeurs formées par un tissu simple ou un élément seul de ce tissu : ostéome, fibrome, etc...

2° Les tumeurs formées par un tissu complexe ou organe ayant son analogue dans l'économie : kystes ;

3° Les tumeurs formées par des cellules ayant leurs analogues dans l'économie, mais n'ayant pas la même disposition qu'à l'état physiologique : carcinome, épithéliome.

Les histologistes français, basant leurs classifications sur l'analogie des tumeurs avec les tissus normaux, admettent autant de tumeurs que de variétés de tissus ; c'est ainsi que nous avons le sarcome pour le tissu embryonnaire, le fibrome pour le tissu conjonctif, le chondrome pour le tissu

cartilagineux, l'ostéome, myome, névrome, angiome, angiolymphome, épithéliome, dont les noms seuls indiquent suffisamment les tissus correspondants.

« C'est, ajoutent Cornil et Ranvier, une classification purement anatomique ; elle ne pourra par conséquent pas servir à déterminer, par la place seule qu'occupe une tumeur, son degré de gravité.

» Aucune classification ne peut en ce moment répondre à ce légitime désir des cliniciens². »

C'est cependant là, croyons-nous, le but que devrait avoir une bonne classification, et la question de gravité est, à notre avis, la première que doit se poser le clinicien en face d'une tumeur. Aussi préférons-nous à toutes ces classifications la simple division en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes, qui, si elle ne satisfait pas complètement l'esprit, répond mieux que toute autre aux besoins de la clinique. Dans la première classe et en première ligne, nous placerons l'adénome, qui, de toutes les autres tumeurs, est la plus bénigne. Enfin nous subdiviserons la seconde en tumeurs franchement malignes, comme le carcinome, et en tumeurs mixtes formant une classe intermédiaire, c'est-à-dire bénignes au début, mais pouvant dans la suite, et par leur évolution ultérieure, prendre un certain degré de malignité, comme le sarcome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Avant d'aborder l'étude de l'anatomie pathologique, nous croyons devoir décrire succinctement l'anatomie normale de la région mammaire et en montrer la différence de structure suivant qu'on la considère chez une nullipare ou chez une multipare. Cette description est, à notre avis, indispensable pour bien comprendre l'anatomie pathologique de l'adénome.

Lorsqu'on examine le sein d'une femme n'ayant pas encore eu d'enfants, on trouve immédiatement, sous la peau et séparée de l'aponévrose du

grand pectoral par une quantité plus ou moins grande de tissu graisseux, une sorte de plaque blanche, nacrée, d'une dureté excessive. C'est là ce qui constitue à cette époque la glande mammaire. Si on examine au microscope une coupe de ce tissu d'aspect fibreux, on y aperçoit de fines traînées blanchâtres qui ne sont que des conduits remplis d'épithélium et représentant réellement la partie glandulaire de l'organe. Le sein, à ce moment-là, n'est donc pas une véritable glande semblable à toutes celles que l'on trouve dans l'économie, et son développement n'en devient complet qu'au moment de la lactation. La plaque fibreuse, sus-distendue alors par les culs-de-sac glandulaires, est réduite à l'état de cloison séparant les alvéoles. La glande mammaire est alors une glande en grappe pouvant se décomposer en lobes et lobules, ceux-ci en acini ou culs-de-sac glandulaires, d'où naissent les canaux excréteurs qui se réunissent pour former les conduits galactophores à épithélium pavimenteux, tandis que celui des acini est nucléaire ovoïde.

Comme nous venons de le voir, en dehors de la lactation et de la grossesse, la glande mammaire ne renferme pas de sacs glandulaires; leur existence constitue donc hors de ces périodes une anomalie. Chaque fois que pour une cause quelconque le sein se développe en dehors des circonstances normales et physiologiques, il s'y forme sans doute de ces éléments glandulaires qui à eux seuls constituent la tumeur que nous étudions, l'adénome. Mais ces parties glandulaires disparaissent ordinairement avec les causes qui les ont fait naître, et ce n'est que leur persistance en dehors de ces causes, leur accroissement, qui constituent la tumeur ¹.

Étudions maintenant les véritables adénomes, c'est-à-dire « ces productions accidentelles dont les éléments essentiels sont des tubes ou des culs-de-sac glandulaires ² », et que Lebert a décrits sous le nom d'*hypertrophies de la mamelle*.

La tumeur offre à son début un petit volume et une forme à peu près sphérique, forme qu'elle conserve quelquefois, mais qu'elle peut cepen-

¹ Cudiat; Tumeur du sein. Th. Paris.

² Broca; Traité des tumeurs.

dant perdre dans son développement ultérieur. Une capsule de nature fibreuse l'entoure, mais ne lui adhère pas complètement, et il suffit souvent d'une macération et d'une fine dissection pour l'en séparer. Le tissu conjonctif au milieu duquel se trouve la tumeur est le plus souvent très lâche, et c'est ce qui permet à la tumeur de se déplacer facilement sous la pression du doigt.

Si on examine au microscope une parcelle de ces tumeurs, on y aperçoit un grand nombre de culs-de-sac glandulaires ressemblant entièrement par leur forme, leur volume et leur disposition à ceux de la glande à l'état normal. L'épithélium est peu modifié, et tout au plus pourrait-on y noter un excès de développement qui aurait pu en modifier un peu la forme. Cette prolifération diffère de la prolifération physiologique, qui aboutit à la formation du lait, en ce que les cellules ne subissent pas la transformation granulo-graisseuse. Les cloisons séparant les acini sont, comme à l'état normal, formées par du tissu conjonctif, mais les fibres en sont moins denses, moins serrées. Le tissu de l'adénome, à ce moment, est peu résistant, et la sensation de dureté que nous ressentons toujours à la palpation ne nous est fournie que par l'enveloppe fibreuse qui entoure la tumeur.

Mais si, ne considérant que la cavité des acini glandulaires, on les compare à ceux de la glande normale, on les trouve souvent de même grandeur, quelquefois hypertrophiés. Cette hypertrophie seule peut, dans certains cas, rendre compte du volume de la tumeur, mais il en est d'autres où seule elle est incapable de rien nous expliquer; on est dès-lors obligé d'admettre une véritable multiplication des alvéoles, ce qui expliquerait la diminution des fibres de tissu conjonctif dans leurs parois.

La tumeur n'est ordinairement pas très vasculaire, on peut cependant y apercevoir de fines ramifications jusque dans le fond des lobules. Quant à sa couleur, variant suivant le degré de vascularisation, elle est le plus souvent d'un jaune rosé, mais peut devenir dans la suite d'un rouge plus ou moins foncé.

Les tubes excréteurs sont le plus souvent atrophiés, et s'ils restent perméables le plus souvent, comme le prouve l'écoulement qui se fait quelquefois par le mamelon, il en est d'autres où ils sont complètement

obstrués, et c'est là ce qui explique la fréquence des kystes ; les culs-de-sac, en effet, possédant toutes les parties nécessaires à la sécrétion, sécrètent et se remplissent petit à petit de liquide qui, ne pouvant s'écouler librement au dehors, distend les parois des culs-de-sac transformés ainsi en véritables kystes.

La présence si fréquente des kystes dans les adénomes fit émettre à Paget ¹ que ces derniers dériveraient des kystes par organisation de leur intérieur. Les faits seuls suffisent à renverser cette théorie, car il faudrait alors que cette organisation se fit de bonne heure dans les kystes ; or ceux-ci ne se montrent que lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume.

Il ajoute, de plus, que ces kystes n'ont aucun rapport avec la glande, dont ils sont complètement indépendants, et nie, par le fait, même la nature glandulaire de l'adénome. Or, le fait est admis par tous les auteurs et démontré par tous les faits. La paroi interne de la tumeur est toujours tapissée d'épithélium de même nature que celui de la glande, et, s'il est des cas difficiles où le moyen de communication entre la glande et la tumeur ne soit pas apparent, il est toujours possible, par une fine dissection ou mieux encore par une injection colorée, de découvrir le canal qui va de la glande à la tumeur. Ce fait a été parfaitement établi par MM. Broca et Verneuil, et le résultat de leurs recherches, communiquées, soit à la Société de Chirurgie, soit à la Société Anatomique, démontre l'existence de ce moyen de communication. Et même, alors que l'œil nu n'y découvre que du tissu conjonctif, l'examen microscopique nous y fait encore apercevoir des tubes remplis d'épithélium qui ne sont que des conduits excréteurs en voie d'atrophie. M. Ollier ² admet que, par suite de l'atrophie progressive et de l'allongement de ce pédicule, il peut, sous une influence quelconque, se rompre et laisser alors la tumeur complètement libre.

¹ Paget ; *Lectures on tumours*. London, 1851.

² Gazette médicale de Lyon, 1855.

PATHOGÉNIE ET SYMPTOMATOLOGIE.

L'adénome se rencontre surtout chez des femmes encore jeunes : sur vingt-sept observations relevées par Lebert, nous en trouvons dix-huit de 20 à 40 ans et pas une seule au de là de 55 ans ; Velpeau, sur quarante-trois cas, en observa trente-quatre avant 40 ans. On le voit, ces statistiques ne portent pas sur un très grand nombre de cas ; nous les croyons suffisantes cependant pour nous démontrer la fréquence relative de cette maladie dans l'âge adulte.

La stérilité¹ a été quelquefois incriminée, mais nous ne croyons pas le fait suffisamment prouvé pour pouvoir lui donner une bien large part dans l'étiologie. Cooper et Velpeau signalent les troubles de la menstruation comme ayant une certaine influence, et le fait par lui-même n'a rien de surprenant ni d'impossible, vu les nombreuses relations réflexes qui unissent l'utérus aux organes de la lactation. Chaque menstruation en effet a son influence ; la tumeur devient alors le siège de douleurs, d'une véritable poussée congestive, et quelquefois même subit une réelle augmentation de volume ; quelquefois aussi, mais le fait est plus rare, le flux menstruel amène à chaque période une sensation de soulagement remarquable. C'est encore dans le même sens qu'agirait la ménopause ; que de fois en effet ne voit-on pas des tumeurs, stationnaires durant de longues années, prendre à ce moment de la vie un accroissement considérable ?

Les perturbations dans le fonctionnement de l'appareil mammaire, au moment de la lactation ou de la grossesse, pourraient peut-être aussi rentrer pour une certaine part dans les circonstances étiologiques.

Mais l'influence la plus manifeste et la plus démontrée serait, d'après Velpeau, l'influence des coups, chutes et pressions réitérées sur le sein ; et sur cinquante-huit cas il en cite trente et un dans lesquels l'origine du mal était attribuée à une cause extérieure et purement locale.

¹ Nélaton ; Pathol. chirurg.

C'est même là la raison qui l'avait poussé à émettre sa théorie sur les tumeurs consécutives à des épanchements de sang, à des ecchymoses. « Elles (les tumeurs adénoïdes) m'ont paru reconnaître pour cause un épanchement de sang ou des concrétions lymphatiques dans les tissus.... Il est le plus souvent possible d'y retrouver les caractères de la fibrine ou de l'albumine solidifiée et vivifiée¹. » Nous ferons d'abord remarquer que toutes les tumeurs sont indistinctement rapportées par les malades à un coup, une chute, que le plus souvent elles n'auraient pas ressenties si elles n'avaient eu déjà la tumeur. Il est en effet des cas où il n'est pas douteux que le traumatisme n'a pu intervenir qu'en fixant l'attention de la malade sur sa glande mammaire, et en lui faisant reconnaître un état pathologique qui existait sans aucun doute depuis un certain temps. Nous voyons, d'autre part, le sang épanché, soit s'enkyster, soit s'infiltrer à travers les tissus, sans jamais donner lieu pour cela à des produits organisés, ni prendre les caractères d'une glande.

Aucune maladie constitutionnelle, aucune diathèse, ne paraît présider à leur formation, et malgré quelques observations d'adénome se montrant sur plusieurs membres de la même famille, nous ne voyons là qu'une similitude de causes et non une cause générale présidant au développement morbide des véritables néoplasies diathésiques. Nous ferons cependant une exception pour la diathèse rhumatismale : il résulterait en effet de la comparaison d'observations nombreuses et d'après une leçon de M. Verneuil qui nous a été communiquée, qu'elle interviendrait dans l'étiologie de l'adénome au même titre que la scrofule dans les hypertrophies ganglionnaires, que la diathèse herpétique pour l'épithélioma.

Quelle qu'en soit la cause, la maladie s'installe sans bruit. Au début, ce n'est qu'un petit noyau induré de forme sphérique ou ovoïde ; longtemps il reste inaperçu, et ce n'est que lorsqu'il a déjà acquis un certain développement que la malade s'aperçoit par hasard de la présence d'une tumeur sur un point du sein que rien ne lui avait indiqué jusque-là. La tumeur en effet est presque toujours indolente, à moins cependant que des pres-

¹ Velpeau, art. *Mamelle*. Dictionn. en 30 vol.

sions réitérées, des palpations trop fréquentes, n'aient enflammé les parties environnantes. Spontanément, les douleurs sont rares, et tout à peine pourrait-on noter quelques douleurs sourdes aux époques menstruelles. Mais la nature de ces douleurs, leur retour périodique, leur caractère névralgique, n'ont rien de comparable aux douleurs lancinantes et parfois atroces qu'on observe dans le cancer. L'adénome est alors constitué par une petite masse roulant sous le doigt et paraît n'avoir aucun rapport avec la glande. La peau qui le recouvre est saine, sans adhérence à sa partie interne, et peut librement glisser au-devant de la tumeur.

Mais la maladie ne s'arrête pas toujours à cette période ; la tumeur peut continuer de s'accroître et acquérir parfois un volume relativement énorme, comme Broca en cite des exemples dans son *Traité des tumeurs*. La peau est alors distendue et amincie, et froissée continuellement par les vêtements ; elle peut s'ulcérer dans une grande étendue par une véritable action mécanique qui ne ressemble en rien au processus morbide des tumeurs qui s'ulcèrent fatalement.

Le mamelon, dépendance du tégument de la mamelle, semble avoir subi une véritable rétraction, mais il n'a fait que disparaître et s'enfoncer au milieu de la masse morbide, et il suffit, pour reconstituer sa saillie normale, de diminuer par la pression la tension de la peau qui l'entoure.

A. Richard ¹ signale l'écoulement muco-sanguinolent qui s'effectue par le mamelon comme symptomatique d'un adénome. Nous n'accorderons pas à ce signe plus de valeur qu'il n'en mérite ; que de fois en effet n'avons-nous pas vu cet écoulement se produire dans les tumeurs les plus malignes ! Et après avoir fait le gage de la bénignité, certains auteurs voulurent en faire un signe pathognomonique de la malignité. Pour nous, nous croyons préférable de reconnaître la fréquence de ce symptôme dans toutes les tumeurs du sein, quelle qu'en soit la nature.

La marche que suit l'adénome est très lente ; on en a vu rester indéfiniment stationnaire ou même disparaître spontanément et sans traitement ; le mariage, la grossesse, l'allaitement, semblent être des conditions qui

¹ Journ. de Malgaigne, 1852.

favorisent cette heureuse terminaison. « Plusieurs femmes, dit Bérard, qui portaient de ces tumeurs avant leur mariage, les ont vues disparaître après une première grossesse à la suite de laquelle elles avaient allaité leur enfant¹. » C'est encore dans ce cas que rentrerait l'observation citée dans le *Montpellier Médical* (mars 1877) par MM. Benoît et Monteils, d'une jeune fille dont la tumeur entra en résolution après son mariage et plusieurs grossesses.

Le pronostic est donc des plus bénins : la tumeur en effet est de celles qui ne récidivent pas, ne se généralisent jamais, ne font ordinairement courir aucun danger aux malades, et d'autant moins grave qu'elle peut guérir spontanément. Quant à sa transformation en carcinome, c'est là une pure hypothèse qui n'aurait de valeur que si elle était basée sur des faits bien observés, mais qui font jusqu'à présent défaut. Les seules conditions qui pourraient aggraver le pronostic seraient un volume énorme de la masse morbide et les irritations qu'elle pourrait ressentir, et même, dans ce cas, l'âge peu avancé des malades chez lesquelles se développe l'adénome, vient encore en atténuer la gravité.

Nous ne parlons, bien entendu, ici que de l'adénome pur et simple, et non, ce qui arrive fréquemment, de l'adénome venant compliquer une tumeur d'une autre nature.

DIAGNOSTIC.

Voyons maintenant quelle devra être la conduite du chirurgien dans un cas de tumeur du sein, et quelles sont les bases sur lesquelles il pourra appuyer son diagnostic.

Velpeau insiste avec raison sur un premier point à élucider tout d'abord : la tumeur existe-t-elle ? Bien qu'à *priori* cette question paraisse des plus simples à résoudre, on ne doit pas s'en tenir à une simple assertion de la

¹ Bérard ; Diagn. des tumeurs du sein. Th. de concours. Paris, 1842.

femme ni à un examen superficiel qui pourrait nous faire partager l'erreur de la malade. Velpeau a bien déterminé les causes de cette méprise et la manière dont elle se produit : « Si, dit-il, pour apprécier ce qu'elle contient, on saisit la mamelle par un de ses diamètres transverses ou l'un des points de sa circonférence, si l'on cherche à en embrasser une portion entre les doigts pour en apprécier, soit la forme, soit le volume, soit la consistance, la première idée qui frappe c'est qu'une tumeur squirrheuse ou une tumeur quelconque existe là. Cela tient à ce que, ainsi prise entre deux doigts qui ne lui permettent pas de fuir d'un côté pendant qu'on la presse de l'autre, la mamelle semble douée d'une consistance considérable à laquelle on ne s'attendait pas ; d'un autre côté, des lobules plus gros ou enveloppés de tissus plus serrés que quelques autres, donnent tout d'abord la pensée d'une tumeur distincte. »

Voici d'ailleurs comment il conseille de procéder : « Les doigts d'une main soutenant à peine la circonférence de la glande, on en presse les différentes régions en appuyant les doigts de l'autre main sur la face cutanée ; de cette façon, si la mamelle est saine, on n'y aperçoit rien que de naturel ». Si on ajoute à cela la comparaison de la glande supposée malade à celle du côté sain, on pourra sans crainte d'erreur affirmer ou nier l'existence de ces tumeurs auxquelles le même auteur donne le nom de *tumeurs imaginaires*.

D'après la classification clinique des tumeurs que nous avons adoptée dans notre première partie, la présence de la tumeur étant démontrée, il faut établir quelle en est la nature. Sans attacher une bien grande importance au siège de la tumeur, vu que toute la région mammaire peut-être atteinte, nous reconnaissons, avec Velpeau et Labbé, que la partie externe et celle qui est située sous le mamelon semblent être le siège de prédilection des tumeurs bénignes et en particulier des adénomes. Les renseignements fournis par l'étiologie sont de bien peu de valeur, car toute tumeur du sein, quelle qu'en soit la nature, est en général rapportée par la malade à un traumatisme vrai ou supposé sur des organes déjà si exposés aux violences extérieures.

La stérilité, les troubles de la menstruation, l'âge (20 à 50 ans), la con-

stitution des malades, toutes circonstances étiologiques plaidant en faveur d'un adénome, ne mettent pas pour cela les femmes à l'abri des tumeurs cancéreuses. La diathèse rhumatismale plaiderait en faveur d'un adénome, mais met-elle pour cela la malade à l'abri d'une tumeur d'une autre nature ?

C'est donc ailleurs que nous devons rechercher les éléments du diagnostic différentiel, et les signes physiques et physiologiques de la tumeur nous seront ici de la plus haute importance.

L'adénome, avons-nous dit, est une tumeur ovoïde dure au toucher. Le *squirrhe*, comme lui, donne cette sensation de dureté ; mais tandis que l'adénome a une forme parfaitement régulière, le *squirrhe* est au contraire irrégulier et bosselé. Mais il est un autre caractère bien plus tranché encore : c'est de la mobilité que nous voulons parler. « Le *squirrhe*, a dit Velpeau, n'est jamais isolé dans le sein, il se continue toujours par quelques branches, par quelques traînées avec le tissu mammaire, et il ne se déplace sous la pression qu'à la manière d'une masse, d'une portion même de la glande ¹. » L'adénome, au contraire, glisse et roule sous le doigt qui l'explore, si bien qu'il semble n'avoir aucun rapport, aucune attache, à la glande mammaire, au milieu de laquelle il paraît isolé.

L'encéphaloïde a, dans la première période dite de crudité, présenté physiquement les mêmes symptômes que l'adénome ; comme lui, il est régulier, mobile, et d'une consistance assez dure ; comme lui plus tard, enfin, il se ramollit pour devenir encéphaloïde mou, et donne une sensation de fluctuation qui pourrait nous induire en erreur.

A la première période, le diagnostic différentiel peut présenter quelques difficultés ; nous trouvons cependant dans l'adénome une sensation d'élasticité, au doigt qui le presse, que l'encéphaloïde est loin de nous fournir. Si nous considérons, en outre, l'âge du sujet en nous rappelant ce que nous avons dit précédemment, à savoir : que l'adénome est presque exclusivement l'apanage de l'âge adulte, tandis que l'encéphaloïde ne

¹ Traité des maladies du sein.

se montre que dans la vieillesse, nous trouverons là un précieux élément de diagnostic.

A une époque plus avancée, l'adénome se ramollit et fournit au doigt cette même sensation de fluctuation que donne l'encéphaloïde mou. Mais, outre que la fluctuation n'est pas la même dans les deux cas, si l'on considère le long espace de temps nécessaire à l'adénome pour en arriver à cette période, l'époque reculée du début doit à elle seule éloigner l'idée d'encéphaloïde, qui n'aurait pas laissé vivre le sujet un aussi grand nombre d'années.

Labbé et Coyne ¹ ont attiré l'attention des cliniciens sur une altération particulière de la peau dans les affections cancéreuses, altération qui consisterait « en petites saillies linéaires au niveau desquelles la peau serait plus claire, plus blanche, plus transparente, aspect qui serait dû à la formation de varices lymphatiques cutanées ».

Comme nous l'avons dit plus haut, mécaniquement un adénome volumineux peut s'ulcérer, ressemblant en cela à la plupart des tumeurs malignes. Mais l'ulcération est ici d'une autre nature et, par ses caractères physiques seuls, elle peut nous éclairer dans le diagnostic. Où siège en effet l'ulcération dans le cas d'adénome? Quelle est la partie primitivement atteinte? C'est évidemment la peau; aussi, loin de la voir épaissie, indurée et adhérente à la masse morbide, la voyons-nous décollée sur une étendue plus ou moins grande, souvent même formant à elle seule l'ulcération, qui n'atteint pas la tumeur, mais conservant dans tous les cas, en dehors de la perte de substance, son intégrité normale. Mais au point de vue même de la sécrétion, nous trouverons dans les deux cas des caractères si tranchés qu'il sera impossible de confondre les deux lésions: tandis en effet que dans le cancer nous avons l'ichor cancéreux, nous avons dans l'adénome du vrai pus à caractères bien marqués.

Il est enfin un signe de la plus haute importance: c'est l'absence ou la présence de ganglions dans l'aisselle. Nous savons en effet avec quelle rapidité les tumeurs malignes, même dans leur première période et alors

¹ Traité des tumeurs bénignes du sein.

quelles sont encore d'un petit volume et non encore ulcérées, envahissent le système lymphatique, tandis qu'il est toujours respecté par l'adénome.

Nous n'avons jusqu'ici considéré que les signes purement locaux, et si ceux-ci n'ont pu nous donner une certitude complète, l'examen de l'état général ne laissera plus dans notre esprit aucun doute sur le diagnostic à porter. Quelle que soit en effet la variété de cancer à laquelle nous ayons affaire, l'état général s'en ressent bien vite, la santé générale s'altère rapidement, les malades perdent leurs forces, ils prennent cette teinte jaune paille si caractéristique ; l'appétit, le sommeil, ont disparu ; enfin les divers signes de cachexie cancéreuse ne tardent pas à se manifester. S'agit-il au contraire d'un adénome, l'état général n'est pas atteint, du moins au début, et ce n'est que plus tard, alors que la tumeur, ayant acquis un volume considérable, s'est ulcérée, que les malades, épuisés par une suppuration abondante, par des hémorrhagies répétées, commencent à dépérir. Mais, même dans ce cas, l'amaigrissement, la perte des forces, les troubles du côté de l'appareil digestif, ne sont jamais aussi prononcés que dans le cas précédent et n'indiquent jamais une infection générale.

Mais les tumeurs malignes et l'adénome ne constituent pas à eux seuls toute la pathologie de la mamelle, et il existe bien d'autres tumeurs capables de nous induire en erreur. Parmi ces tumeurs, les unes sont liquides ou fluctuantes, les autres solides.

La fluctuation caractérise nettement les premières, lorsqu'elle peut être perçue. L'adénome procède, il est vrai, le plus souvent de la surface de la mamelle, et il est alors facile de l'étudier et de le reconnaître ; mais il est aussi des cas où il débute par la face profonde. Cet organe se trouvant alors soulevé par la tumeur et interposé entre elle et la main du chirurgien, il s'ensuit que les principaux symptômes manquent et qu'il devient très difficile, sinon impossible, de reconnaître la maladie.

Nous ne ferons que citer les épanchements sanguins et les collections purulentes, que les commémoratifs, contusion suivie d'ecchymose dans le premier cas, et phlegmasie dans le second, nous feront facilement reconnaître et diagnostiquer.

Mais il est un autre genre de tumeurs fluctuantes avec lesquelles nous avons à compter : ce sont les kystes.

Les kystes de la mamelle sont, ou séreux, ou laiteux, ou hydatiques. Le début de la maladie pourrait nous faire soupçonner un kyste laiteux ; quant aux kystes hydatiques, ils sont tellement rares dans cette région qu'une ponction seule pourra nous les faire reconnaître, sauf le cas où la tumeur serait assez superficielle pour pouvoir y percevoir la fluctuation ou le frémissement hydatique.

Les kystes séreux ou séro-sanguins sont au contraire très fréquents et coïncident le plus souvent avec une autre tumeur solide, l'adénome par exemple. Aussi le diagnostic différentiel sera-t-il très difficile au début et sera-t-on obligé de rester dans le doute jusqu'à ce que l'état infiniment stationnaire dans un cas, et l'accroissement progressif et bientôt rapide dans l'autre, viennent révéler l'espèce de tumeur à laquelle on a affaire.

Le diagnostic différentiel entre l'adénome et les autres tumeurs bénignes solides est à peu près impossible au début, et la marche seule de la maladie pourra nous éclairer. Les signes physiques, quand ils peuvent être perçus, ont aussi leur importance ; l'inégalité de consistance du sarcome, l'extrême mollesse du myxome, nous les feront aisément reconnaître.

Labbé nous donne en outre un autre symptôme différentiel dans la différence de densité. « La masse unique, dit-il, formée par la tumeur, paraît plus lourde qu'une tumeur du même volume dont le tissu serait différent. On éprouve manifestement cette sensation lorsqu'on la détache des parties profondes ; aussi, à cause de ce poids plus considérable et de cette consistance plus grande du tissu, dirait-on que l'on soulève et que l'on palpe une pierre ¹. »

Nous avons vu précédemment que la tumeur était le plus souvent complètement indolente ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est des cas où ces douleurs sont si vives qu'on pourrait au début confondre la tumeur avec un névrome. Mais, dans le cas de névrome, la tumeur est toujours relativement d'un très petit volume ; elle est, de plus, stationnaire, tandis qu'elle

s'accroît notablement dans l'autre ; les douleurs cessent en outre le plus souvent lorsque la tumeur a pris un certain développement.

Boissier de Sauvages, et après lui Maisonneuve, Lancereaux, Verneuil, etc., ont cité des observations de gomme syphilitique dans la mamelle. Bien que ces cas soient rares, ils peuvent cependant se présenter ; mais, outre les commémoratifs, qui nous mettront facilement sur la voie, l'état de la peau, qui devient rapidement rouge, violacée et enflammée ; enfin le ramollissement du tissu dans le cas de gomme, ainsi que les autres manifestations syphilitiques, en rendront le diagnostic différentiel facile. Le traitement interne par les mercuriaux et surtout par l'iodure de potassium servirait d'ailleurs de pierre de touche dans les cas douteux, car, tandis qu'il serait sans effet sur un adénome, il améliorerait bientôt une tumeur gommeuse.

Une tumeur scrofuleuse ganglionnaire pourrait au premier abord nous induire en erreur ; mais, outre que dans ce cas la tumeur ne sera pas unique, nous trouverons toujours d'autres pléiades ganglionnaires dans d'autres régions. Si la lésion scrofuleuse a pour siège le périoste ou le tissu osseux, l'adhérence aux parties profondes, l'absence complète de mobilité, doivent immédiatement écarter l'idée d'adénome.

SECONDE PARTIE

TRAITEMENT.

Le diagnostic de la tumeur étant bien posé, voyons maintenant quelle devra être la conduite du médecin, quels sont les moyens qui sont à sa disposition et dont il pourra user pour traiter la maladie. Et d'abord, devra-t-il faire un traitement quelconque ? Devra-t-il s'occuper de la présence d'une tumeur le plus souvent indolente, d'un petit volume, et ne menaçant en rien la vie des malades ? Nous ne le croyons pas, et toute intervention dans ces conditions ne pourrait être qu'intempestive. C'est donc surtout dans ces cas que l'*expectation* sera de mise. Mais la malade ne devra pas pour cela être complètement livrée à elle-même, car nous avons vu souvent, après une période plus ou moins longue d'indolence, la tumeur devenir pour une cause quelconque subitement douloureuse, et un accroissement notable se faire dans son volume. Le médecin devra donc, bien que n'agissant pas directement, surveiller la marche de la tumeur et se tenir prêt à agir au premier symptôme inquiétant.

Mais la tumeur ne se présente pas toujours avec ce caractère d'indolence et de bénignité qui lui est propre, et souvent c'est au contraire à cause de la douleur ou d'un certain degré de gêne pouvant tenir au volume de la tumeur ou à ses rapports avec la région affectée, que les malades viennent réclamer des soins. L'hésitation n'est plus alors possible : il faut agir. Mais les malades refusent souvent toute intervention, de quelque nature qu'elle soit ; une indication très nette n'en reste pas moins, celle de les soulager si on ne peut les guérir. Ainsi, contre ces douleurs névralgiques souvent si vives, on pourrait, suivant le conseil de Lebert, employer l'opium, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, en injections sous-cutanées. Contre la gêne que cause la tumeur, on pourra, par un bandage approprié, la soutenir et la garantir de tout froissement, de toute violence extérieure, par une couche d'ouate.

Nous croyons inutile d'ajouter que si une ulcération s'était produite, les plus grands soins de propreté et les antiseptiques seraient parfaitement ordonnés. Tel est l'ensemble des moyens qui constituent le traitement *palliatif*. Comme on le voit, tous ces traitements ne peuvent être institués que pendant une courte durée et bien plutôt pour en démontrer l'inefficacité aux malades et leur faire accepter un autre mode d'intervention, que comme véritable moyen thérapeutique.

Jusqu'ici, nous n'avons fait que soulager la malade, et cela momentanément ; mais nous n'avons en rien agi sur la tumeur.

Nous allons maintenant passer en revue les moyens qui ont pour but de faire disparaître la tumeur : c'est là le traitement *curatif*.

Parmi toutes les méthodes employées, les unes ont pour but l'*ablation* de la tumeur, les autres la *résolution*.

MÉTHODES QUI ONT POUR BUT L'ABLATION DE LA TUMEUR.

Beaucoup d'auteurs, considérant l'adénome et toutes les autres tumeurs comme de véritables corps étrangers introduits dans l'organisme, ne préconisent qu'une seule méthode : l'*ablation*. Ils choisissent parfois des moyens différents, mais tous n'ont qu'un seul et même but : extirper la tumeur. Nous allons successivement passer en revue ces différentes méthodes.

1° *Cautérisation*.—La cautérisation a jusqu'ici fort peu été employée contre l'adénome, et c'est bien plutôt contre le cancer que ce moyen de traitement avait été dirigé. M. Manec employait dans ce but les sels arsénieux, auxquels il reconnaissait une véritable action élective sur les cellules cancéreuses ; le procédé de Landolfi repose sur la même action attribuée au chlorure de brome et au chlorure d'or ; enfin Velpeau a aussi expérimenté avec le caustique sulfo-safrané.

2° *Écrasement linéaire*.—Ce procédé est dû en entier à Chassaignac, dont la prétention était d'éviter ainsi et les hémorragies et l'érysipèle.

3° *Ligature élastique*.—Ce procédé, encore récent, a été introduit dans la médecine opératoire par Grandesso Sylvestri (de Padoue) et employé

depuis par Dittel et Thompson dans les tumeurs du sein. D'après une communication lue par M. Périer à la Société de Chirurgie, il aurait complètement réussi chez une malade atteinte d'une affection de ce genre.

4° *Galvano-cautère et thermo-cautère.*— C'est toujours dans le but d'arrêter les hémorrhagies, ainsi que les autres complications consécutives aux opérations, que certains chirurgiens ont proposé l'emploi du galvano-cautère et du thermo-cautère.

5° *Extirpation par le bistouri.*— L'extirpation par le bistouri est, de toutes les méthodes, celle qui est le plus généralement employée. Elle peut être, ou bien partielle, c'est-à-dire ne comprendre que la tumeur, ou bien totale, et intéresser toute la glande mammaire en même temps que la tumeur. La facile énucléation de la tumeur, en même temps que son complet isolement au milieu de la glande mammaire et la simplicité apparente de l'opération à pratiquer, ont souvent fait préférer aux chirurgiens l'amputation partielle à l'amputation totale. Mais est-on ainsi bien sûr d'avoir enlevé toute la partie malade; ne laisse-t-on pas ainsi dans la plaie de nombreux glandules qui, s'ils ne sont pas atteints, ont de grandes tendances à le devenir? Aussi les récidives sont-elles fréquentes; et le contraire devrait plutôt nous étonner, d'après Labbé et Coyne.

L'amputation totale est donc presque toujours et dans tous les cas ordonnée.

Tel est l'ensemble des méthodes ayant pour but l'ablation de la tumeur. Elles ne sont pas exemptes de reproches.

La cautérisation, quel que soit le caustique employé, ne saurait ici être de mise, car, en admettant même, ce qui est loin d'être démontré, une véritable action élective de la part de ces caustiques sur le tissu cancéreux, cette action spéciale seule ne doit-elle pas suffire à nous les faire rejeter? Cette action élective n'existe du reste même pas, et nous sommes persuadé que toutes les tumeurs traitées par ce procédé par Landolfi, étaient, non pas des cancers, mais bien des tumeurs bénignes.

Les caustiques ont en outre d'autres inconvénients; leur action est

lente et leur emploi nécessiterait un temps infini, pour peu que le volume de la tumeur fût considérable.

Si nous ajoutons à cela le danger de l'absorption, et tous les caustiques employés sont toxiques, nous aurons là le motif de l'abandon presque complet de cette méthode.

L'écrasement linéaire préconisé par Chassaignac et la ligature élastique, sont tous deux passibles des mêmes reproches, c'est qu'elles exposent à une opération longue, douloureuse, et quelquefois incomplète. La lenteur ne doit pas nous étonner pour la ligature élastique, qui ne peut agir qu'à la longue, et nous n'ignorons pas la difficulté qu'on éprouve à sectionner la peau avec l'écraseur, difficulté telle, qu'elle a souvent nécessité l'emploi du bistouri. L'opération, avons-nous dit, pourra en outre être incomplète ; rien en effet ne pourra nous donner la certitude que la chaîne de l'écraseur, pas plus que la ligature élastique, n'ont pas laissé derrière elles une partie de la tumeur.

L'amputation partielle, nous l'avons vu, est rarement indiquée, et c'est à l'amputation totale qu'il faut le plus souvent avoir recours. Outre la difficulté de faire accepter immédiatement aux malades la perte de toute leur glande mammaire, pour une tumeur de petit volume et facilement isolable ; outre la question d'esthétique, qui sans être d'un grands poids a cependant sa valeur, il reste encore la question de gravité, et des accidents nombreux qui peuvent venir compliquer une opération comportant une aussi vaste perte de substance.

En premier lieu, se trouve l'hémorrhagie, accident assez grave pour qu'on ait cherché à l'éviter, soit par l'emploi de l'écraseur, soit par le thermocautère.

L'érysipèle, si fréquent à la suite de toutes les opérations, l'est peut-être encore plus dans celles intéressant la glande mammaire, qui y serait pour ainsi dire prédisposée, à tel point que, sur un relevé de cent observations, Velpeau cite quarante cas d'érysipèle.

Les accidents du côté de la poitrine, pleurésie et pneumonie, par propagation du travail inflammatoire ou par suite de refroidissements pendant

le pansement de chaque jour, sont moins fréquents peut-être, mais ont cependant été signalés.

Nous pouvons enfin ajouter encore les accidents de toutes les plaies, les phlegmons, abcès, l'infection purulente, et enfin la longue suppuration qu'entraîne toujours après elle une telle opération.

MÉTHODES QUI ONT POUR BUT LA RÉSORPTION DE LA TUMEUR.

MOYENS MÉDICAUX.

Les anciens, confondant entre elles toutes les tumeurs, n'admettaient qu'un seul traitement, le traitement médical, et c'est parce que l'usage de tel ou tel médicament avait coïncidé avec la guérison ou la résolution plus ou moins complète d'une tumeur, qu'ils avaient pu croire guérir ainsi même le cancer. Stork préconisait, dans ce même but, la ciguë comme véritable panacée du cancer, et de nos jours encore elle est employée contre les tumeurs bénignes.

Lebert nous donne, dans sa *Physiologie pathologique*, une description complète et méthodique des moyens médicaux qui peuvent être mis en usage. Il recommande d'abord l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, aidé de frictions résolutive dont l'iodure de plomb et l'iodure de potassium formaient la base.

Si sous l'influence de ce traitement, pendant un temps plus ou moins long, la maladie ne s'améliorait pas, si la tumeur n'entrait pas en voie de résolution, on devrait alors avoir recours aux mercuriaux sous forme d'onguent mercuriel simple ou double en frictions. Le traitement devait toutefois être suspendu s'il se manifestait des accidents du côté de la peau ou des glandes salivaires. La région mammaire devait pendant tout ce temps être chaudement tenue et entourée d'ouate.

Broca, dans son *Traité des tumeurs*, cite l'observation d'une dame chez laquelle les mercuriaux administrés à la fois à l'intérieur et à l'extérieur, avaient en un mois et demi fait résoudre en grande partie un adénome du sein gros comme un œuf de poule, datant de dix-huit mois.

Mais ce n'est pas là la seule méthode de traitement, et il conseille en outre, s'il survient des accidents inflammatoires du côté de la région malade, si la tumeur augmentait rapidement de volume, d'avoir recours aux émissions sanguines locales, dans le but de calmer la douleur en même temps que l'exacerbation de tous les symptômes locaux.

Parmi tous les traitements que préconise Lebert, il en est cependant un qui mériterait plus de confiance que les autres et devrait donner plus de chances de succès : c'est le traitement par les douches locales chaudes. L'auteur cite un cas de réussite ; mais ce fait est malheureusement isolé dans la science, et on est en droit de s'en demander le motif.

Tels sont les moyens dits médicaux dont le médecin peut user. Sans les rejeter complètement, nous ne devons pas néanmoins leur accorder une trop grande confiance. Ils ont jusqu'ici donné quelques cas de succès et on pourra au début les employer, soit que toute autre intervention soit impossible, soit que la malade refuse tout autre traitement. Mais que d'insuccès n'aurons-nous pas à compter, si nous n'avons pas d'accidents plus graves ! Que certaines tumeurs aient disparu sous l'influence d'un pareil traitement, le fait est possible ; mais que de fois ne le verrons-nous pas rester sans effet, que de fois n'obtiendrons-nous qu'une amélioration trop souvent illusoire !

L'emploi de l'iodure de potassium paraît, au premier abord, parfaitement indiqué ; nous connaissons en effet l'action spéciale de ce sel sur la nutrition de la glande mammaire, et on conçoit facilement qu'il puisse avoir une certaine action sur l'adénome, qui n'est, d'après notre définition, que l'hypertrophie de certains lobules de la glande. Mais l'usage devra toujours en être modéré et de courte durée, car, outre son action générale altérante, il pourrait à la longue amener l'atrophie de la glande mammaire.

Les onctions mercurielles ont encore d'autres inconvénients, et outre la salivation mercurielle à laquelle la malade est sans cesse exposée, elles peuvent déterminer localement des éruptions, telles que l'érysipèle, qui en nécessiteront bientôt le suspens.

Les émissions sanguines locales pourraient être utiles, non comme traitement curatif, mais pour calmer la douleur ; or, nous possédons actuellement dans notre arsenal thérapeutique des moyens plus puissants et plus simples pour combattre ce symptôme. A ce dernier point de vue, la méthode des injections hypodermiques nous semble devoir rendre souvent de grands services.

MOYENS CHIRURGICAUX.

Les moyens chirurgicaux propres à faire résorber les tumeurs sont multiples. Quelques-uns, complètement délaissés aujourd'hui, ont autrefois joui d'une immense vogue. Nous allons cependant en faire l'histoire en y ajoutant le traitement par les injections iodées, préconisé par Luton.

1° *Traitement par la compression.* — De tout temps on a su que la compression seule suffit à faire atrophier tous les tissus, quelle qu'en soit la nature. Les Arabes l'employaient contre l'éléphantiasis, Theden contre les tumeurs phlegmoneuses ; mais c'est dans notre siècle seulement qu'on l'a employé contre les tumeurs chroniques. John Hunter écrivait vers la fin du siècle dernier : « La compression empêche souvent le développement des tumeurs et quelquefois même produit leur destruction par absorption ». Il connaissait donc cette méthode de traitement. Desault, vers la même époque, la mentionna aussi, lorsque Samuel Young, en Angleterre, l'employa méthodiquement et souvent avec succès.

En France, quelques années plus tard, Récamier y eut recours, et si le succès ne fut pas toujours complet, il obtint souvent néanmoins une notable diminution dans le volume de la tumeur. Ses résultats eurent un grand retentissement, et beaucoup de praticiens l'employèrent après lui. Mais cette méthode de traitement était indifféremment employée contre toutes les tumeurs, cancéreuses ou non ; aussi les insuccès devaient-ils être nombreux. C'est pourquoi, après avoir joui d'une grande vogue en France comme en Angleterre, cette méthode fut presque complètement abandonnée.

¹ Archives générales de Médecine, 1843.

Broca, un peu plus tard, eut l'occasion de l'employer contre un adénome du sein, et le succès fut complet, la guérison radicale. L'abandon absolu de cette méthode aurait été un tort ; car s'il est vrai qu'elle soit contre-indiquée dans le cas de tumeurs cancéreuses, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de simples hypertrophies, et les faits heureux de la pratique de Récamier et de Broca sont là pour le démontrer. Voici d'ailleurs comment se pratique la compression. L'appareil se compose d'un bandage entourant le corps et d'un disque reposant sur la tumeur et lui transmettant la pression. La nature du disque peut varier ; quelques praticiens ont employé une lame de plomb ; Broca recommande les rondelles d'agaric superposées comme préférables, car elles peuvent suivre la tumeur dans sa diminution graduelle de volume. L'appareil doit, en outre, être légèrement modifié si la mamelle est flasque et pendante, car dans ce cas il est préférable de comprimer la tumeur entre deux disques d'agaric, en en glissant une couche entre la mamelle et la paroi thoracique, et un disque à la superficie ; tandis que si la mamelle est normale, on comprime directement contre la paroi thoracique. Enfin on complète le tout par l'application de deux bretelles entrecroisées qui maintiennent le bandage en place. Malgré toutes les précautions, l'appareil est souvent mal toléré ; aussi doit-on modérément le serrer au début, pour n'augmenter que graduellement la constriction à mesure que les malades s'y habituent.

Dans les cas favorables, la compression agit rapidement et les effets en seraient même appréciables au bout de deux ou trois jours, d'après Broca.

Cette méthode a évidemment de grands avantages, mais elle a aussi ses inconvénients. Il faut d'abord qu'elle soit employée de bonne heure, car ce n'est qu'alors que la tumeur est récente qu'elle peut réussir, et même, dans ces cas, que de fois ne voit-on pas la tumeur reprendre son volume primitif dès que la compression cesse. Si nous ajoutons à cela que la tumeur, même dans les cas de réussite, ne fait souvent que se réduire à un petit noyau dur, en même temps que la difficulté de tolérance de la part des malades, nous aurons là, à notre avis, le motif de l'abandon de cette méthode.

Broiement et morcellement sous-cutané. — Le broiement et le morcellement sous-cutané ne sont en réalité qu'une seule et même méthode ; ils ont tous deux pour résultat de diviser mécaniquement la tumeur dans le but de la faire résorber. Les anciens connaissaient déjà cette méthode de traitement. Paul d'Égine pratiquait la castration chez les enfants en leur comprimant les testicules entre les doigts ; les kystes du poignet sont depuis longtemps traités par le broiement ; mais c'est Malgaigne le premier qui appliqua cette méthode au traitement des tumeurs solides.

Le morcellement sous-cutané est dû à Marshall-Hall ; comme dans le broiement, le but à atteindre est de diviser la tumeur en morceaux plus ou moins petits. Il se pratique en introduisant obliquement dans la tumeur un ténotome, de façon à diviser la masse néoplasique en tout sens. Il doit en résulter la destruction de la vitalité de certaines parties, la modification de la nutrition des autres, et finalement la diminution et la disparition de la tumeur. M. Ruz¹ cite deux cas dans lesquels il aurait employé cette méthode, et toujours avec un succès complet, du moins contre le symptôme douleur. Il s'agissait dans les deux cas de tumeurs dites irritables.

Sans rejeter complètement cette méthode de traitement et tout en reconnaissant son efficacité dans certains cas, nous sommes cependant obligé de lui reconnaître de nombreux inconvénients. D'abord elle ne peut être employée que contre des tumeurs de petit volume, et son action n'est constante que contre un seul symptôme, la douleur. Elle a, en outre, un inconvénient plus grand encore à notre avis, inconvénient qui fera souvent rejeter cette méthode par la malade : c'est qu'elle est excessivement douloureuse, plus douloureuse même qu'une opération ordinaire, et nécessite comme elle l'emploi du chloroforme, tout en ayant un résultat incertain.

MÉTHODE DES INJECTIONS IODÉES INTERSTITIELLES.

L'emploi des injections iodées dans la cure des tumeurs hypertrophiques est de date assez récente. Toutes les cavités closes de l'organisme,

¹ Luton ; Traité des injections sous-cutanées à effet local.

lorsqu'elles étaient le siège d'un épanchement, avaient depuis longtemps été successivement attaquées par la teinture d'iode; mais c'est à Luton seul que revient tout l'honneur d'avoir étendu l'emploi de ce médicament, d'abord aux hypertrophies de la glande thyroïde, et ensuite aux tumeurs du sein et en particulier aux tumeurs adénoïdes.

Voici d'ailleurs comment, d'après le même auteur, doit se pratiquer l'opération.

L'injection se fait au moyen d'une seringue ressemblant à la seringue d'Anel, d'une capacité de 5 gram. d'eau, mais possédant des aiguilles d'une longueur assez considérable, afin de pouvoir atteindre facilement les parties profondément situées. Les pièces métalliques de l'instrument sont soigneusement dorées, afin d'éviter leur détérioration par les caustiques dont on peut avoir à faire usage. Le liquide dont on se sert est de la teinture d'iode suivant le Codex, c'est-à-dire contenant cette substance au douzième. Luton recommande, pour peu que la femme soit pusillanime et redoute la douleur, d'anesthésier au début, au moyen de l'appareil Richardson et de la douche d'éther pulvérisé, la partie au niveau de laquelle doit se pratiquer l'injection. Cette précaution prise, on pousse directement l'aiguille dans la partie malade et jusqu'à profondeur voulue. Seulement, avant de faire l'injection, il faut avoir soin de démonter la seringue, afin de voir si rien ne s'écoule par la canule, auquel cas la ponction devient en même temps exploratrice. Puis, les choses étant en place, on porte l'injection dans différentes directions, et on lui fait faire place en quelques sorte en dilacérant les tissus morbides.

Il est rare qu'on ait besoin d'applications topiques sur les parties injectées; le pansement le plus simple consiste dans un morceau de diachylon gommé posé sur la piqûre, et assez large pour couvrir toute l'étendue de l'induration et de la rougeur qui en sont habituellement la conséquence. Si l'inflammation était pourtant trop forte, les cataplasmes émollients pourraient être employés.

Il n'y a pas lieu de renouveler trop souvent l'injection. La diminution de volume que subit la tumeur sous cette influence peut en effet rester quel-

quefois assez longtemps stationnaire et se faire tout à coup avec une remarquable activité. Luton en recommande néanmoins le renouvellement de six en six semaines, comme terme moyen, « plutôt pour obéir à l'impatience du malade qu'à une règle nécessaire ». Un indice caractéristique peut ici nous diriger : c'est le degré d'induration acquis par le tissu hypertrophié à la suite de l'injection. Cette induration est formée par une combinaison d'iode et d'albumine ; il est de toute façon voué à la résorption, et tant que ce travail ne s'est pas accompli, il n'y a réellement pas lieu de revenir à une nouvelle injection qui ne ferait que retarder le moment de la résolution.

Essayons maintenant de déterminer quels sont les effets qu'on obtient par ces injections.

Le premier phénomène est la douleur due à la piqûre et à la distension des tissus par le liquide injecté ; elle est ordinairement de courte durée, comme on peut le voir dans nos observations.

La rougeur, qui ne tarde pas à se manifester, n'est que le résultat de la douleur, qui, détruisant la tonicité vasculaire, laisse les capillaires se développer sous l'influence de la pression sanguine.

L'induration, qui persiste parfois fort longtemps, est le résultat d'une véritable combinaison entre la trame organique et la substance injectée ; c'est elle qui par sa résorption, qui se fait le plus ordinairement par une dégénérescence granulo-graisseuse, doit amener la disparition de la tumeur.

Après avoir indiqué rapidement, il est vrai, le mode d'action des injections iodées, nous allons jeter un coup d'œil sur les inconvénients et les avantages de cette méthode. Mais auparavant, nous croyons utile de résoudre une question qui a été posée par plusieurs chirurgiens, à savoir : si l'efficacité des injections de teinture d'iode dépend de l'iode ou de l'alcool. Qu'il nous suffise de répondre que la simple observation des faits réfute complètement cette théorie. Que l'eau, l'alcool ou l'axonge servent de véhicule à l'iode, son action est toujours la même sur les tissus ; on n'a jamais cependant cherché à rattacher à l'eau ou à l'axonge les phénomènes de rubéfaction, de vésication, et quelquefois même d'inflammation, qui se pro-

duisent. L'iode est donc bien une substance active, et d'autant plus active que sa solution est plus concentrée, et ce n'est que comme son meilleur dissolvant que l'alcool a été choisi comme véhicule.

Parmi tous les reproches, toutes les objections qu'on a faits à la méthode des injections iodées, les plus graves, à nos yeux, étaient de produire des gangrènes et quelquefois une intoxication grave. Les faits sont loin de justifier ces craintes : que de fois ne voit-on pas employer la teinture d'iode pure, et à des doses considérables, sans avoir jamais remarqué un seul accident ? Quant à l'intoxication, elle nous paraît difficile à comprendre si, comme l'observation le démontre, l'iode racornit et cautérise les tissus ; cette cautérisation doit être d'autant plus profonde que la solution est plus concentrée, et alors l'absorption en devient d'autant plus difficile. Nous reconnaissons cependant qu'une légère absorption d'iode a lieu, mais jamais en assez grande quantité pour pouvoir déterminer une véritable intoxication, comme on l'a objecté.

Dans tous les cas d'adénome où l'on a eu recours à cette méthode, les guérisons ont été, sinon promptes, du moins définitives. Elles ont en outre l'avantage d'éviter aux malades une de ces grandes opérations devant lesquelles elles reculent souvent, tout en les débarrassant de leur mal. Elles n'excluent pas d'ailleurs l'emploi ultérieur des autres méthodes, et, d'après l'expression de Luton, l'injection devient ainsi « une pierre de touche pour apprécier la qualité d'un tissu pathologique, à savoir s'il est résorbable ou non ».

PREMIÈRE OBSERVATION (J. BERTIN).

publiée par LUTON.

M^{me} G..., petite, brune, bien réglée, mère de trois enfants, a toujours joui d'une bonne santé. Depuis près d'un an, à la suite d'un coup, elle porte au sein droit une tumeur qui est le siège d'une douleur surtout appréciable au moment des règles. Cette tumeur, perdue dans l'épaisseur de l'organe, n'est pas très dure. Plusieurs traitements ont été suivis, et on avait même conseillé l'extirpation.

Le 20 février 1869, je fais dans le centre de cette grosseur, qui a à peu près le volume d'un œuf, une injection de 25 gouttes de teinture d'iode aux 4/5°. Douleur immédiate peu vive, disparue au bout d'un quart d'heure. Empâtement fluxionnaire à la suite, dissipé en huit jours.

Le 24 mars, la tumeur a diminué des deux tiers et la douleur existe à peine. Je fais une nouvelle injection, ou plutôt trois injections, à l'aide d'une seule piqûre, de 25, 20 et 10 gouttes de teinture d'iode pure. Douleur vive, un peu d'empâtement qui dure environ huit jours. Le sein est chaud et un peu lourd.

Le 27 avril, Madame G... ne souffre plus; la tumeur a disparu. La malade se félicite d'avoir évité l'instrument tranchant.

J'ai revu souvent depuis cette jeune femme : elle n'a plus rien du côté du sein.

OBSERVATION II (J. BERTIN).

publiée par LUTON.

M^{me} B..., 40 ans, grande, brune, très forte, toujours bien réglée, mariée et mère de deux enfants, porte au sein gauche une dureté depuis au moins un an. Cette dureté, qui occupe le milieu de l'organe, est mobile et sans adhérence à la peau. C'est une espèce de calotte, large comme la paume de la main, qu'on déplace facilement. La douleur est continuelle, mais avec des redoublements aux époques menstruelles.

M^{me} B..., après avoir essayé diverses pommades fondantes, calmantes et autres, en est réduite à employer la compression et la chaleur, qui toutes deux amenèrent du soulagement.

Le 20 septembre 1871, je fais pénétrer avec difficulté la pointe de l'aiguille de Pravaz dans la tumeur, et j'injecte à trois reprises 25 gouttes de teinture d'iode pure. Douleur vive qui dura une heure au plus; pas d'empâtement consécutif. Les jours suivants, la douleur habituelle va diminuant et la malade se trouve mieux.

Je la revois les premiers jours de novembre. La tumeur a diminué, mais paraît encore plus dure.

Le 3 décembre, nouvelle injection de 25 gouttes de teinture d'iode pure ; c'est avec la plus grande peine que je fais pénétrer l'aiguille. Douleur assez vive pendant une heure.

J'ai revu la malade souvent depuis ; elle ne souffre plus, mais le sein est uniformément plus gros que l'autre et paraît plus dur.

OBSERVATION III (J. BERTIN).

publiée par LUTON.

M^{me} V..., 33 ans, grande, forte, d'une excellente apparence de santé, toujours bien réglée, mariée, mère de deux enfants, a, depuis un coup qu'elle a reçu au sein gauche, il y a quelques mois, une douleur avec noyau dur dans cet organe. Cette douleur sourde, parfois assez vive, surtout aux époques, l'inquiète fort, d'autant plus qu'elle correspond à une tumeur du volume d'un œuf environ. Elle a essayé divers traitements : sangsues, pommades, etc., sans résultat.

2 mars 1872. Je fais au centre de la tumeur une injection de 25 gouttes de teinture d'iode pure. Douleur assez vive, mais de peu de durée ; tuméfaction notable qui cesse au bout de cinq à six jours.

Je revois la malade le 16 mai. La douleur, après avoir disparu, est revenue. La grosseur me paraît cependant diminuée. Je fais une nouvelle injection de 25 gouttes de la même liqueur.

Après un délai de quelques mois, la malade dit ne plus ressentir son mal ; elle croit encore trouver une tumeur, mais l'examen le plus attentif ne me révèle rien à cet égard.

Luton nous donne ensuite l'indication sommaire de quelques cas dont les détails ne sont malheureusement pas rapportés.

OBSERVATION IV.

Une tumeur bénigne du sein chez une femme de 49 ans, diminuée rapidement par une injection iodée.

OBSERVATION V.

Une tumeur bénigne du sein chez une femme de 28 ans, mère de trois enfants, et à qui l'amputation avait été conseillée. Une première injection de 20 gouttes de teinture d'iode amène un soulagement rapide. Une seconde injection de 25 gouttes est faite quelques jours après. Le résultat de l'observation est malheureusement inconnu.

OBSERVATION VI.

Une dame souffrait de douleurs lancinantes dans le sein droit. La douleur redoublait aux époques menstruelles. Elle finit par se localiser vers la partie sternale du sein, au niveau d'un noyau d'empâtement d'ailleurs assez mal défini. Injection de 25 gouttes de teinture d'iode au tiers ; douleur vive, mais qui disparaît rapidement ; les élancements cessèrent, pour ne plus revenir, et l'empâtement lui-même se dissipa entièrement.

OBSERVATION VII (personnelle).

M^{me} D..., âgée de 32 ans, est mariée depuis quelques années sans avoir jamais eu d'enfants. Elle est réglée, mais d'une façon fort irrégulière, et ses mois restent quelquefois fort longtemps sans paraître. Elle n'a cessé cependant de jouir d'une bonne santé.

En novembre 1881, elle aperçut sur le sein gauche, à la partie supérieure et interne, une tumeur de petit volume dont elle ne souffrait pas, si ce n'est au moment de ses règles ; les seins devenaient alors le siège d'un gonflement en même temps que d'une douleur assez vive.

Le 11 février 1882, elle vint consulter M. le professeur agrégé Roustan, qui essaya de la compression par une bande de caoutchouc, en même temps qu'il ordonnait des frictions avec de la pommade iodurée à l'extérieur. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminua de moitié, mais sans disparaître cependant ; les douleurs devinrent aussi moins vives.

Deux mois après, la malade revint, et c'est alors que nous pûmes l'observer. La tumeur avait à ce moment le volume d'une noix environ ; elle était dure au toucher et n'avait contracté aucune adhérence avec les parties avoisinantes.

Une première injection de teinture d'iode fut faite : douleur vive, mais qui dura peu ; gonflement notable qui disparut au bout de peu de temps.

Cinq injections intraparenchymateuses furent ainsi faites, la dernière en fin juillet.

La malade ne souffre plus, et dès le mois de décembre la tumeur avait complètement disparu.

OBSERVATION VIII (personnelle).

M^{me} Mélanie R..., Arlésienne, est âgée de 27 ans, mariée, mère de deux enfants ; elle a toujours joui d'une bonne santé ; réglée de bonne heure, elle n'a jamais rien remarqué d'anormal de ce côté. Elle reçut en 1879 un coup sur le sein droit à la suite duquel elle vit se développer, à la partie externe du sein, une tumeur d'abord complètement indolente, mais qui ne tarda pas à la faire souffrir, surtout au moment de ses règles.

Les moyens médicaux furent d'abord mis en usage, mais sans résultat favorable.

Une première injection iodée fut faite en 1880 : douleur vive, tuméfaction considérable, mais de courte durée. A la suite de cette première injection, la tumeur diminua beaucoup de volume, mais ne disparut pas complètement. Trois mois plus tard, il restait un noyau dur mais encore douloureux ; une seconde injection de teinture d'iode fut faite, suivie comme toutes les autres d'une réaction inflammatoire assez vive. A la suite de cette injection, la tumeur entra franchement en résolution, et quelques mois plus tard il ne restait absolument rien.

OBSERVATION IX (personnelle).

M^{me} A..., religieuse, se présenta en juillet 1882, portant au sein gau-

che une tumeur d'un volume assez considérable et surtout très douloureuse.

La compression fut d'abord essayée, mais sans résultat; l'appareil n'ayant pu être supporté par la malade, on essaya des injections iodées, et dans l'espace de dix mois quatre injections de teinture d'iode furent pratiquées dans la tumeur.

Les douleurs ont aujourd'hui complètement cessé, et à peine ressent-on encore un petit noyau d'induration, qui ne tardera pas à se résorber comme le reste de la tumeur.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'adénome est une affection rare comme affection unique, mais qui vient souvent compliquer d'autres tumeurs,

La tumeur est des plus bénignes. Quant au traitement, nous préférons les injections iodées, qui, sans compromettre la vie des malades, n'en ont pas moins leur efficacité, comme le démontre nos observations.

Vu :
Le Président-Censeur,
BOUISSON.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Les carbures d'hydrogène gazeux, le gaz d'éclairage, sa composition et ses propriétés délétères.

Physique médicale.

Quels sont les diverses méthodes employées pour déterminer l'état hygrométrique de l'air ?

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Comment s'opère la fécondation végétale ?

Anatomie.

Structure de la matrice à l'état de vacuité et à l'état de grossesse.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la structure de la cornée.

Physiologie.

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Diagnostic différentiel de la cataracte.

Thérapeutique et Matière médicale.

Médications par les iodures.

Opérations et Appareils.

Du traitement de l'inversion utérine.

Médecine légale et Toxicologie.

Distinguer, parmi les traces cadavériques, celles qui sont le résultat de la putréfaction de celles qui en sont indépendantes.

Hygiène.

Du parti que l'on peut tirer de la diète sèche dans le traitement des maladies.

Accouchements.

Modifications du col pendant la grossesse chez les primipares et les multipares.

Clinique interne.

Le typhus et la fièvre typhoïde sont-ils identiques ?

Clinique externe.

Des indications de la lithotritie.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire affectif.

Titre de la Thèse à soutenir.

De l'Adénome du sein et de son traitement par les injections iodées.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École , de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate , je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
